CONCOURS D'AGRÉGATION (CHIRURGIE)
1907

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr RENÉ LERICHE
Chef de Clinique chirurgicale à l'Université de Lyon



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
8, RUE RACHAIS, 8
—
1907

TITRES SCIENTIFIQUES

1899. — EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON.

1902. — INTERNE DES HÔPITAUX.

1905. — PROSECTEUR A LA FACULTÉ.

1906. — LAURÉAT DES HÔPITAUX. Prix Bouchet (Chirurgie).

1906. — CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE.

CHARGÉ PAR LE CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ DE LYON D'UN VOYAGE D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES EN ALLEMAGNE.

ENSEIGNEMENT

CONFÉRENCES D'ANATOMIE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE COMME PROSECTEUR (1905-1906).

CONFÉRENCES CLINIQUES DANS LE SERVICE DU PROFESSEUR A. PONCET, COMME CHEF DE CLINIQUE (1906-1907).

INDEX CHRONOLOGIQUE

DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1901

1. — De l'ectopie sous-cutanée abdominale du testicule. *Arch. Prov. de Chir.*, février 1902, n° 2.

1902

2. — Périgastrite adhésive. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 26 nov. 1902.
3. — Rhumatisme tuberculeux. *Soc. Nat. de Méd.*, 1er décembre.

1903

4. — Énorme kyste dermoïde de l'ovaire à évolution tardive. *Soc. des Sc. Méd.*, 21 janvier.
5. — Achondroplasie familiale. *Soc. Nat. de Méd.*, 26 janvier et 16 février.
6. — Rhumatisme tuberculeux à prédominance synoviale. *Soc. Nat. de Méd.*, 9 mars.
7. — Néphrectomie primitive pour tuberculose du rein. *Soc. Nat. de Méd.*, 9 mars.
8. — Myxome avec galactocèle. *Soc. des Sc. Méd.*, 11 mars.
9. — Autopsie de tuberculose rénale néphrectomisée deux ans auparavant. *Soc. des Sc. Méd.*, 1er avril.
10. — Pyonéphrose calculeuse avec phlegmon périnéphrétique. *Soc. Nat. de Méd.*, 11 mai.
11. — De l'ascite dans les fibromes utérins (en coll. avec M. Delore). *Gaz. des Hôp.*, 28 mai.
12. — Nains d'aujourd'hui et nains d'autrefois. Nanisme ancestral, achondroplasie ethnique. *Communication à l'Ac. de Méd.* (en coll. avec M. le Prof. Poncet), 20 octobre.
13. — Anévrysme de l'artère communicante postérieure. Hémorragie méningée. *Soc. Nat. de Méd.*, 23 novembre.

14. — Des résections pyloro-gastriques dans le cancer de l'estomac, d'après de récentes statistiques allemandes. *Lyon Méd.*, 27 novembre, p. 805.

15. — Méningite cérébro-spinale à pneumocoques. *Soc. Nat. de Méd.*, 30 novembre.

16. — Kyste hydatique du foie, guérison spontanée par transformation crétacée. *Soc. des Sc. Méd.*, 16 décembre.

17. — Myopathie primitive du type LANDOUZY-DÉJERINE. *Soc. Nat. de Méd.*, 21 décembre.

18. — Nanisme ancestral par achondroplasie ethnique. *Rev. de Chir.*, 10 décembre (avec 10 figures). En coll. avec M. le Prof. A. PONCET.

1904

19. — Note sur un cancer de l'estomac simulant l'ulcère. *Rev. de Chir.*, 10 janvier (en collaboration avec M. DELORE).

20. — De l'achondroplasie chez l'adulte ; historique, symptomatologie ; étude anatomique, pathogénie. Revue générale. *Gaz. des Hôp.*, 20 et 27 février.

21. — Anévrysme traumatique de l'aorte. *Soc. nat. de Méd.*, 14 mars.

22. — Péritonite généralisée par perforation au cours de l'entérite tuberculeuse. Th. de LADURE, mars 1904.

23. — Iritis de nature tuberculeuse. *Soc. Nat. de Méd.*, 18 avril.

24. — Kyste multiloculaire de l'ovaire. *Soc. des Sc. Méd.*, 18 mai.

25. — Calculs du canal cystique. *Soc. Nat. de Méd.*, 27 juin.

26. — Les résultats de mes 500 dernières laparotomies pour calculs biliares, par H. KEHR. *Traduct. in Arch. gén. de Méd.*, t. II, p. 2208.

27. — Fracture de l'extrémité supérieure du cubitus avec luxation de la tête du radius. *Soc. des Sc. Méd.*, 29 juin.

28. — Rétrécissements tuberculeux de l'intestin grêle. *Soc. de Chir.*, 7 juillet.

29. — Fracture spiroïde du fémur à trois fragments. Pièce anatomique. *Soc. Nat. de Méd.*, 11 juillet.

30. — Chéloïde d'origine tuberculeuse. *Soc. des Sc. Méd.*, 13 juillet.

31. — Un cas de kyste hydatique des muscles ptérygoïdiens (avec M. PINATELLE). *Arch. génér. de Méd.*, t. II, p. 2265.

32. — Des stenoses tuberculeuses de l'intestin grêle. *Revue de Chir.*, août et septembre (En coll. avec M. le Prof. agr. BÉRARD.)

33. — Nanisme simple ou essentiel. *Gaz. des Hôpit.*, 20 septembre.

34. — Sur un cas d'hémothorax traumatique traité par la ponction au quatrième jour. *Gaz. des Hôpit.*, 13 octobre (En coll. avec M. le Prof. agr. PATEL).

35. — Rhumatisme tuberculeux ankylosant. *Communication à l'Acad. de Méd.*, 18 oct. (En collab. av. M. le Prof. PONCET.)

36. — Tuberculose herniaire. *Soc. Nat. de Méd.*, 24 oct. (Av. M. PATEL).

37. — Néoplasme de la langue. *Soc. des Sc. Méd.*, 23 novembre.

1905

38. — Rhumatisme tuberculeux ankylosant, arthrites plastiques, ankyloses osseuses d'origine tuberculeuse. *Revue de Chir.*, 10 janvier (en coll. avec M. le Prof. A. Poncet).
39. — Fistule gastrique spontanée d'origine ulcéreuse. *Soc. des Sc. méd.*, 18 janvier.
40. — Epilepsie jacksonienne traumatique, trépanation. *Soc. Nat. de Méd.*, 30 janvier.
41. — De la conduite à tenir dans les corps étrangers de l'œsophage chez l'enfant. *Sem. Méd.*, 15 février (en coll. avec M. le Prof. agr. Bérard).
42. — Sur les anciens pygmées. *Gaz. des Hôpit.*, 2 février (en coll. avec M. le Prof. Poncet).
43. — Scarron et Couthon atteints de rhumatisme tuberculeux. *Gaz. des Hôpit.*, 6 avril (en coll. avec M. le Prof. Poncet).
44. — Des sténoses intestinales tardives consécutives à l'étranglement herniaire. *Revue de Gyn. et de Chir. abdom.*, 10 avril (en coll. avec M. Cotte).
45. — Plaie opératoire du canal thoracique. *Soc. Nat. de Méd.*, 17 avril.
46. — Rhumatisme tuberculeux chronique déformant. *Revue d'Orthop.*, 11 mai.
47. — Pyo-salpinx tuberculeux bilatéral. *Soc. des Sc. Méd.*, 17 mai.
48. — Tuberculose inflammatoire; ses localisations multiples en particulier sur l'estomac, l'intestin, etc. *Comm. à l'Acad. de Méd.*, 11 mai (en coll. avec M. le Prof. Poncet).
49. — Léiomyome malin de l'estomac. *Bull. Méd.*, septembre, n° 73 (en coll. avec M. Delore).
50. — Du cancer de l'antre pylorique. *Revue de Chir.*, septembre (en coll. avec M. Delore).
51. — Kyste de l'arrière-cavité des épiploons simulant un kyste de pancréas. *Arch. Gén. de Méd.*, t. II, p. 2636.
52. — Le Collège royal des chirurgiens d'Édimbourg. *Lyon Méd.*, 3 septembre.
53. — Des fistules gastriques et duodénales après pylorectomie. *Lyon Méd.*, 31 décembre.

1906

54. — Traitement des tumeurs malignes de la parotide. Résection condylo-marginale postérieure du maxillaire. *Soc. de Chir. de Lyon*, 4 janvier (en coll. avec M. le Prof. agr. Bérard).
55. — De la perte des mouvements de pronation et de supination dans les fractures des deux os de l'avant-bras. *Lyon Méd.*, 4 février (avec M. Delore).
56. — Kyste tordu du ligament large. *Soc. Nat. de Méd.*, 12 février.
57. — Brûlures de l'œsophage et de l'estomac par l'acide chlorhydrique. Pylorostomie. *Lyon Méd.*, 18 février.

58. — Sténose tuberculeuse de l'intestin grêle et tuberculose localisée de la valvule iléo-cæcale. *Soc. Nat. de Méd.*, 19 février.

59. — Lipome développé autour de veines variqueuses. *Soc. des Sc. Méd.*, 7 mars.

60. — Anévrysme de la carotide primitive. *Soc. des Sc. Méd.*, 7 mars.

61. — Anathomie pathologique du rhumatisme tuberculeux. Tuberculose inflammatoire et ses localisations ostéo-articulaires. *Commun. à l'Académie de Méd.* (en coll. avec M. le Prof. Poncet), 13 mars.

62. — Botryomycose de l'index. *Commun. de M. le prof. Poncet à la Soc. de Chir. de Paris*, 28 mars.

63. — Sur le traitement chirurgical de l'ulcère calleux pénétrant de l'estomac. *Revue de Gyn. et de Chir. abdomin.*, 10 avril.

64. — Tuberculose inflammatoire à forme néoplasique. Adénome du sein, du corps thyroïde d'origine tuberculeuse. *Communication à l'Acad. de Méd.*, 16 avril (en collaboration avec M. le Prof. Poncet).

65. — De la mobilisation du duodénum. Son application à la chirurgie de l'estomac, du cholédoque et du pancréas. *Lyon Méd.*, 13 mars.

66. — Sur un cas de lymphosarcome de l'intestin grêle. *Arch. Prov. de Chir.*, mai (en collaboration avec M. Albertin).

67. — De la castration abdomino-vaginale totale dans le cancer du vagin. *Soc. de Chir.*, 5 juillet (en collaboration avec M. le Prof. agr. Bérard).

68. — Des fistules gastro-cutanées consécutives à l'ulcère de l'estomac. *Rev. de Chir.*, juillet (en collaboration avec M. le prof. agr. Patel).

69. — Technique opératoire de la pyloro-gastrectomie pour cancer. *Rev. de Chir.*, 10 juillet.

70. — Des résections de l'estomac pour cancer. Technique. Résultats immédiats. Résultats éloignés. *Th. de Lyon.*

71. — Pathogénie des ankyloses spontanées et particulièrement des ankyloses vertébrales. (Rapport présenté en collaboration avec M. le Prof. Poncet au *Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences*, août.)

72. — Main bote radiale bilatérale par absence congénitale du radius. *Soc. Nat. de Méd.*, 3 décembre.

73. — Perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde. Laparotomie deux heures et demie après le début. Mort au quatrième jour (en collaboration avec M. Jouffray). *Soc. des Sc. Méd.*, 5 décembre.

74. — De l'évidement de loge parotidienne. *Rev. de Chir.*, 10 décembre (en collaboration avec M. Bérard).

75. — Actinomycose temporo-maxillaire. Actinomycose et grossesse. *Soc. des Sc. Méd.*, 27 décembre.

76. — Le rameau hépatique de l'artère coronaire stomachique. *Bull. de la Soc. de Biologie*, 29 décembre (avec M. F. Villemin).

1907

77. — De la gastrectomie annulaire médio-gastrique. Indications. Technique. Résultats. *Annales internationales de chirurgie gastro-intestinale*, janvier.
78. — Tuberculose inflammatoire et arthritisme. *Communication à l'Académie de Médecine*, 8 janvier (en coll. avec M. le Prof. Poncet).
79. — Résultats éloignés de la résection de l'estomac pour cancer. *Revue de Médecine*, 10 février.
80. — Recherches anatomiques sur les artères de l'estomac. *Bibliographie anatomique*, février (en coll. avec M. Villemin).
81. — Volumineuse hématocèle infectée. Castration. *Soc. des Sc. Médic.*, février (avec M. Alamartine).
82. — Des conditions anatomiques nécessaires à la production des invaginations iléo-cæcales. *Semaine Médicale*, 20 février (en coll. avec M. P. Cavaillon).
83. — La maladie de Finsen. *Gazette des Hôpitaux*, 5 mars (en coll. avec M. le Prof. Poncet).
84. — Anomalies de l'artère hépatique. *Société anat.*, 8 mars (avec M. Villemin).
85. — Disposition normale de l'artère coronaire stomachique. *Société anat.*, 8 mars (avec M. Villemin).
86. — Mécanisme et pathogénie des hernies du cæcum. *Semaine Médicale*, 20 mars (en coll. avec M. P. Cavaillon).
87. — Les lipomes d'origine tuberculeuse. *Communication à l'Académie de médecine*, 24 avril (en coll. avec M. le Prof. Poncet).
88. — Note sur l'état actuel de la chirurgie allemande. Asepsie et antisepsie. *Revue scientifique*.
89. — Résultats de l'intervention dans la péritonite généralisée d'origine typhique (en coll. avec M. Alamartine), à paraître dans la *Revue de Médecine*.

COLLABORATION A DES THÈSES

Fontanilles. — Etude clinique sur le cathétérisme cystoscopique des uretères. Lyon, 1904.

Ladure. — Des péritonites généralisées par perforation au cours de l'entérite tuberculeuse. Lyon, 1904.

De Mouxy. — Le rhumatisme tuberculeux au sanatorium d'Hauteville. Lyon, 1905.

Perdrizet. — Rétraction de l'aponévrose palmaire d'origine tuberculeuse. Lyon, 1905.

Pétrement. — Du meilleur procédé d'abouchement dans la pylorectomie. Lyon, 1905.

Rousset. — Des fistules gastro-cutanées consécutives à l'ulcère de l'estomac. Lyon, 1905.

Arnaud. — Des sténoses inflammatoires du rectum. Sténoses syphilitiques, tuberculeuses, blennorrhagiques, etc. Traitement chirurgical et résultats éloignés. Lyon, 1905.

Costa. — Goitres d'origine tuberculeuse. Lyon, 1905.

Gailleton. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'invagination intestinale chronique. Lyon, 1906.

Letorey. — Traitement chirurgical d'urgence des brûlures de l'estomac. Lyon, 1906.

Sauvet. — Des fistules du canal thoracique. Lyon, 1906.

Tisserand. — Les gastrectomies partielles non orificielles. Lyon 1906.

Roussel. — Les lipomes d'origine tuberculeuse. Lyon, 1906.

Toinon. — Des complications infectieuses des cancers gastriques. Perforations et fistules. Lyon, 1906.

Lémonon. — De l'ostéomyélite aiguë du grand trochanter (en préparation).

I. — ANATOMIE

Recherches sur la loge parotidienne et le prolongement pharyngien de la parotide (*Revue de chir.*, 1906.)

A propos d'études cadavériques faites avec M. le professeur agrégé Bérard, sur l'évidement parotidien, nous avons cherché à

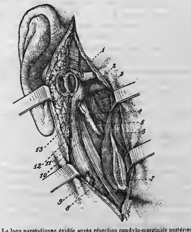


Fig. I. — La loge parotidienne évidée après résection condylo-marginale postérieure. 1 Conduit auditif externe; 2 Cavité glénoïde; 3 Ptérygoïdien externe; 4 Aponévrose pharyngée; 5 Carotide externe; 6 Masséter; 7 Coupe du maxillaire inférieur; 8 Ptérygoïdien interne; 9 Veine jugulaire; 10 Digastrique; 11 Sterno-mastoïdien; 12 Apophyse styloïde; 13 Facial.

contrôler l'existence du prolongement pharyngien, nié par quelques anatomistes et si fréquemment rencontré par les chirurgiens. Nous l'avons constamment trouvé sur six cadavres, soit douze fois, sous la forme d'un tractus glandulaire, environné de graisse condensée. Enfin, nous avons repris, après Faure, l'étude des zones d'adhérences de la glande. La plus étroite, selon nous, se trouve au niveau de la capsule de l'articulation temporo-maxillaire, d'où la nécessité d'enlever la capsule, c'est-à-dire en pratique le condyle, dans l'extirpation dirigée contre une tumeur maligne.

Recherches sur la région rétro-duodénale (*Lyon Méd.*, 1906.)

J'ai étudié sur dix cadavres la mobilisation chirurgicale du duodénum, en suivant le plan de clivage embryologique. Le fascia d'accolement résultant de la coalescence du feuillet droit du méso-duodénum primitif et du péritoine pariétal postérieur se trouve sans difficulté. Il n'y a, à ce niveau, aucune connexion vasculaire : je n'ai trouvé que deux fois, à hauteur de la corde colique, une veinule insignifiante, dans le tissu cellulaire postérieur. Quand on a renversé l'arc duodénal sur la gauche, on a, sous les yeux, toute la région rétro-pancréatique. D'ordinaire, le cholédoque passe en une sorte de tunnel pancréatique ; parfois, très superficiel, il est simplement revêtu d'un mince feuillet celluleux, qui n'est autre que la lame de Treitz.

Nos recherches sur ce point sont absolument confirmatives de celles faites, à la même époque, par M. Sencert à Nancy.

Recherches anatomiques sur les artères de l'estomac.
(*Bibliographie anat.*, 1907.)

Les auteurs classiques décrivent de façon variable les pédicules vasculaires de l'estomac. J'ai étudié leur disposition sur 55 cadavres (21 fœtus et 34 adultes) avec M. Villemin, dans le laboratoire de M. le professeur agrégé Ancel, pour préciser leur topographie chirurgicale.

D'après mes recherches, la disposition normale est la suivante : l'estomac reçoit trois artères :

1° La *coronaire stomachique* qui suit un trajet ascendant ; elle décrit une courbe qui soulève et forme le ligament profond

de l'estomac. Au sommet de sa courbe (89 %) elle émet un rameau cardio-œsophagien, puis arrivé à peu de distance de la

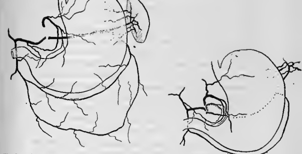


Fig. II. — Disposition normale des artères de l'estomac. Pour la clarté de la figure, le tronc cœliaque n'est pas représenté.

Fig. III. — A. coronaire stomachique double. Anomalie.

petite courbure, se divise *constamment*, en deux branches qui en bordent chacune un versant. Arrivées à hauteur de l'antro pylorique elles se terminent de façon variable comme l'indique le tableau suivant :

Coronaire bifurquée........................	55 fois sur 55
— anastomose bout à bout :	
1° des deux branches........................	19
2° d'une seule........................	26
l'antérieure........................	5
la postérieure........................	21
— anastomose de branches secondaires......	2
— pas d'anastomose........................	6
Par absence de la pylorique........................	4
Par circulation à type terminal........................	2

Assez fréquemment, en outre de ces branches, j'ai trouvé un rameau hépatique partant un peu avant le sommet de la courbe de l'A. coronaire et se portant dans la partie supérieure du petit épiploon vers le sillon gauche du foie, où elle se terminait soit isolément, soit en s'anastomosant avec la branche gauche de l'A. hépatique.

2° *L'A. hépatique*, émet une branche pylorique bifurquée ou non qui va s'anastomoser d'ordinaire, avec le rameau coronaire postérieur, puis se divise en a. hépatique propre et tronc gastro-duodénal. Ce dernier descend derrière la première portion du duodénum et se bifurque en artère pancréatico-duodénale et en artère gastro-épiploïque. Cette dernière branche va s'anastomoser à plein canal avec une artère gastro-épiploïque née de l'artère splénique. Avant d'aborder l'estomac, l'artère gastro-épiploïque émet une branche épiploïque qui va s'anastomoser dans le grand épiploon, avec un rameau analogue venu de la splénique. Ainsi se constitue une grande arcade épiploïque, parallèle au cercle de la grande courbure, que les auteurs classiques ne signalent pas. De temps en temps, le tronc gastro-duodénal fournit une artère pylorique inférieure. Il est exceptionnel de ne pas observer un tronc gastro-duodénal ; quand il manque, l'artère gastro-épiploïque naît directement du tronc de l'artère hépatique commune.

3° *L'artère splénique* donne normalement deux ordres de rameaux à l'estomac, une branche gastro-épiploïque venant par la lame postérieure de l'épiploon gastro-splénique et trois ou quatre vaisseaux courts nés au niveau du hile de la rate. Exceptionnellement on peut voir des vaisseaux courts naître sur le trajet pancréatique de l'artère splénique. En pareil cas, une partie de la grosse tubérosité est extra-péritonéale.

4° Il n'y a aucune différence entre la disposition fœtale et la disposition de l'adulte, sauf pour le rameau hépatique de l'artère coronaire stomachique qui, fréquent chez le fœtus, tend à disparaître dans le cours du développement et n'est qu'exceptionnellement rencontré chez l'adulte. On ne doit donc le citer que comme branche anormale de l'artère coronaire. A plus forte raison ne faut-il pas considérer, chez l'adulte surtout, l'artère coronaire comme collatérale d'un tronc gastro-hépatique ; elle est un anatomie normale, artère de l'estomac et non du foie, donnant simplement, dans quelques cas, un petit rameau pour le bile.

De tout ceci il résulte, au point de vue opératoire, que l'hémostase dans la gastrectomie doit comporter la ligature systématique de quatre pédicules ; la ligature de l'artère coronaire stomachique doit porter à quelque distance de la petite courbure, faute de

quoi on s'expose à ne lier que la branche de bifurcation antérieure et à voir saigner la postérieure, alors qu'on croyait opérer à sec.

Anomalies du tronc cœliaque et de l'artère hépatique.

(Soc. anat., 1907.)

J'en ai fait connaître plusieurs anomalies par défaut (tronc cœliaque à deux branches) ou par excès (tronc cœliaque à quatre branches). Dans le premier cas, on peut observer une disposition intéressante au point de vue chirurgical : quand l'artère hépatique ne naît pas du tronc cœliaque, elle vient directement de l'artère mésentérique supérieure et va rejoindre le petit épiploon dans une situation anormale qui l'expose à être blessée si l'on n'y songe point.

II — MALADIES CHIRURGICALES GÉNÉRALES

A. — Nanisme et Achondroplasie.

ARTICLES ORIGINAUX (en collaboration avec M. le Prof. PONCET.)

Bull. de l'Académie de Médecine, 20 octobre 1903.
Revue de Chirurgie, décembre 1903.
Gazette des Hôpitaux, 20 septembre 1904.
Gazette des Hôpitaux, 2 février 1905.

REVUE GÉNÉRALE dans la *Gazette des Hôpitaux*, 20 et 27 fév. 1905

PRÉSENTATION DES MALADES : *Soc. nat. de Méd.*, 26 janvier et 16 février 1903.

Dans une série de mémoires publiés en collaboration avec M. le Professeur Poncet, ou inspirés par lui, je me suis attaché à l'étude des différents types de nains et plus particulièrement des achondroplases.

Leur catégorisation peut être donnée aujourd'hui de façon à peu près satisfaisante, sans cependant qu'on puisse la considérer comme à coup sûr définitive, la pathogénie des dystrophies osseuses de l'enfance étant trop incertaine encore et trop imprécise pour ne pas laisser prévoir la possibilité de classifications nouvelles.

Nous avons cru pouvoir distinguer :

Un *nanisme simple ou essentiel*, type rare dont j'ai publié une observation très nette. En pareil cas on a le nain harmonique, l'humanité petit format, le lilliputien de Gulliver.

Un *nanisme rachitique*, dans lequel la taille est diminuée par un arrêt bien réel de la croissance et non pas seulement par le fait des incurvations et des torsions squelettiques; le rachitisme semble discret, touche les cartilages jugaux et la périoste, en se contentant de lécher le reste du système osseux.

Un *nanisme thyroïdien*, qui est surtout intéressant dans les cas où les signes d'insuffisance thyroïdienne sont réduits au minimum. Avec M. Poncet, j'en ai observé plusieurs cas qui m'ont permis d'en indiquer les stigmates à chercher en pareille occurrence.

Un *nanisme infantile* qui est celui de « ces petite solognots qui souffrent sans cesse dans tout leur être et sont comme des boutures mal venues, incapables de grandir. » (Brissaud).

Un *nanisme achondroplasique*, que j'ai plus spécialement étudié. Le type clinique en est bien connu, mais pas contre la pathogénie en est encombrée d'hypothèses souvent imprécisées. Rejetant la théorie du rachitisme intra-utérin et partant de ce fait que l'achondroplasie est toujoure congénitale, que la malformation constituée à la naissance n'est pas modifiée par le développement ultérieur de l'organisme, j'ai cru avec M. Poncet, pouvoir distinguer deux classes d'achondroplasie : l'une *pathologique*, l'autre *atavique*, *physiologique* en quelque sorte :

a) La pathologie réalise le syndrome clinique achondroplasie de deux façons : 1° Par *une infection* épuisant son action dans les premiers mois de la vie intra-utérine et stérilisant plus ou moins les noyaux cartilagineux, en faisant du tissu de sclérose qui les étouffe. L'os produit alors est ramolli, se ploie sans se briser aux points où le ramollissement est le plus grand, c'est-à-dire dans les régions juxta-épiphysaires, d'où les courbures angulaires, brusques, caractéristiques, bien différentes de celles du rachitisme.

Si l'infection est forte, elle réalise encore d'autres troubles et on a le tableau des fœtus mort-nés avec des lésions cutanées et viscérales observées par les accoucheurs. 2° Par *une intoxication* qui peut être d'origine maternelle ou d'origine fœtale. Cette dernière n'est certainement pas d'origine thyroïdienne. En me basant sur les récentes notions acquises sur la glande interstitielle (Ancel et Bouin), sur les résultats de la castration



Fig. IV. — Pierre P..., âgé de 31 ans. Taille 1 m. 20. Achondroplasa.



Fig. V. — Louise P..., âgée de 28 ans. Taille 1 m 17. Achondroplase.

dans le jeune âge chez les animaux (Poncet), j'ai émis l'idée qu'il s'agissait peut-être d'une influence testiculaire ou ovarienne. Au rebours de ce qu'elle fait dans le gigantisme, la glande interstitielle testiculaire pourrait, par viciation ou par excès, produire un arrêt de croissance. C'est ce que des expériences de Dor, tendent à établir. J'ajoute que cette hypothèse a été récemment reprise et développée par Parrhon, Shunda et Zalplatcha. (*Nlle Iconographie de la Salpêtrière*, 1905.)

b) Dans la seconde classe, l'achondroplasie peut être interprétée comme le retour imprévu d'un type ethnique atavique disparu; le nain achondroplase serait le représentant vestigiaire de races naines ancestrales. Effectivement, nombre d'anthropologistes contemporains sont venus confirmer les récits homériques et les mythes populaires : les pygmées ont existé, existent

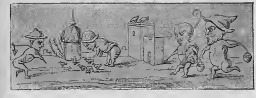


Fig. VI. — Pygmées anciens, d'après une fresque de Pompei.

encore dans le centre de l'Afrique ; les fouilles des sépultures néolithiques ont établi nettement l'existence de races naines ayant subsisté longtemps et dont les derniers représentants auraient été contemporains des Romains et des Slaves. Ainsi s'explique la faveur dont jouissaient ces nains dans les cours royales.

Les représentations que nous en ont laissé la statuaire et la peinture nous les montrent assez semblables aux achondroplases pour qu'on les ait généralement considérés comme tels. Renversant la formule et nous basant sur l'hérédité patente de l'achondroplasie, sur son caractère familial fréquent, sur l'existence de faits analogues dans les espèces animales, nous avons proposé, M. Poncet et moi, de dire pygmées certaines achondro-

plases d'aujourd'hui et non achondroplases certains pygmées d'autrefois.

En pareille occurence, l'ossification est régulière ; elle se fait dans les délais ordinaires, mais le cartilage est physiologiquement peu productif ; la soudure diaphyso-épiphysaire a lieu avant que la croissance ait été suffisante. C'est la véritable dystrophie primitive du cartilage de Parrot, la chondrodystrophie congénitale de Bück, dans laquelle il y a ralentissement de l'activité et non perversion des cartilages de conjugaison.

B. — Fractures et malformations osseuses. Maladies des articulations.

Frature de l'extrémité supérieure du cubitus avec luxation de la tèts du radius (*Soc. des Sc. méd.*, 29 juin 1904, p. 273.)

L'observation simultanée de plusieurs malades nous a permis, avec M. le professeur agrégé Bérard, de distinguer trois types de fracture du cubitus avec luxation radiale :

Une fracture de la base de l'olécrane avec luxation des deux os en avant.

Une fracture identique avec luxation incomplète du cubitus et complète du radius.

Une fracture du tiers supérieur du cubitus avec luxation isolée du radius; c'est le type classique.

Le pronostic fonctionnel est très variable. En cas d'impotence, la résection de la tête radiale donne d'excellents résultats.

Fracture spircïde du fémur à trois fragments (*Soc. nat. de Méd.*, 11 juillet 1904)

Main bote radiale bilatérale par absence congénitale des deux radius (*Soc. nat. de Méd.*, 3 décembre 1905.)

Présentation du malade, qui avait une adaptation fonctionnelle remarquable.

De la perte des mouvements de pronation et de supination dans les fractures des deux os de l'avant-bras (avec M. Delore). — *Lyon Méd.*, 1906.

Elle n'est pas due le plus souvent à une synostose radio-cubitale, mais à un vice de position, l'un par rapport à l'autre, des deux fragments de chaque os.

Pathogénie des ankyloses spontanées et particulièrement des ankyloses vertébrales. — Rapport présenté en coll. avec M. le Prof. Poncet au *Congrès de l'Association Française pour l'avancement des Sciences*, août 1905.

Toute ankylose doit être considérée comme le reliquat d'une arthrite. C'est la cicatrice d'une inflammation articulaire. L'immobilité à elle seule est insuffisante à ankyloser une jointure. Dès lors, on peut admettre trois sortes d'ankyloses : les ankyloses post-traumatiques, les ankyloses de guérison, et les ankyloses infectieuses. Les arthrites infectieuses qui produisent ce dernier type, le font avec suppuration ou sans pus. Seules les ankyloses produites sans suppuration doivent être dites spontanées. Le processus qui les engendre est avant tout plastique. Il se fait des fausses membranes qui s'organisent comme dans toute séreuse. Leur évolution scléreuse, donne l'ankylose fibreuse serrée plus ou moins centrale. Mais les lésions ne sont jamais exclusivement synoviales, le cartilage, l'os, les parties molles péri-articulaires sont toujours plus ou moins touchés. Le plus ou moins de réaction de chacun de ces tissus donnera les types classiques connus : Ankylose osseuse centrale, fibreuse périphérique, cerclée, etc. Quand le processus infectieux est éteint, il se fait un travail physiologique trabéculaire d'adaptation suivant les lois de Wolff.

Au point de vue étiologique, ce sont presque exclusivement les pseudo-rhumatismes qui créent ces arthrites plastiques, et parmi eux surtout le rhumatisme blennorrhagique et le rhumatisme tuberculeux dont nous montrons la fréquence en pareille nature car le rhumatisme franc n'ankylose pas, les prétendues ankyloses rhumatismales et la plupart des ankyloses de cause inconnue se voient chez de petits tuberculeux dont les lésions sont difficiles à dépister. *En dehors d'un processus toxi-infectieux, il n'est pas d'ankylose spontanée.*

Ces notions générales trouvent leur application intégrale à la pathogénie des ankyloses vertébrales. Les différents types cliniques que l'on a différenciés sur le rachis (spondylose rhizomélique, etc...) reconnaissent des étiologies similaires et n'ont aucune spécificité. Il n'y a pas de raison de leur faire un régime de faveur. Elles rentrent dans le cadre général des ankyloses spontanées.

C. — Tuberculose inflammatoire. — Rhumatisme tuberculeux.

Travaux originaux (En coll. avec M. le Prof. Poncet).

Rhumatisme tuberculeux ankylosant. *Acad. de Méd.*, 18 octobre 1904 et *Revue de Chir.*, janvier 1905.

Anatomie pathologique du rhumatisme tuberculeux. — *Acad. de Méd.*, 13 mars 1906.

Localisation de la tuberculose inflammatoire sur l'estomac et le tube digestif. — *Acad. de Méd.*, 30 mai 1905.

Adénomes d'origine tuberculeuse. — *Acad. de Méd.*, 10 avril 1906.

Pathogénie des ankyloses spontanées. — *Congrès de Lyon*, 1906.

Lipomes d'origine tuberculeuse. — *Acad. de Méd.*, 2 avril 1907.

Tuberculose inflammatoire et arthritisme. — *Acad. de Méd.*, 8 janvier 1907.

Scarron et Couthon atteints de rhumatisme tuberculeux. — *Gazette des Hôp.*, 6 avril 1905.

La maladie de Finsen. — *Gazette des Hôp.*, 5 mars 1907.

Présentation de malades à diverses Sociétés.

Rhumatisme tuberculeux à forme synoviale. — *Soc. des Sc. Med.*, 2 mars 1903.

Chéloïde d'origine tuberculeuse. — *Soc. des Sc. Méd.*, 13 juillet 1904.

Iritis de nature tuberculeuse. — *Soc. Nat. de Méd.*, 18 avril 1904.

Depuis quelques années, M. le professeur Poncet m'a fait l'honneur de m'associer à ses recherches sur la tuberculose inflammatoire et le rhumatisme tuberculeux. Avec lui, dans une série de mémoires, j'ai étudié cette nouvelle doctrine à de multiples points de vue.

1° Conception générale de la tuberculose inflammatoire et sa pathogénie.

Sous le nom de tuberculose inflammatoire, M. Poncet entend ranger toute une série de manifestations anatomo-cliniques de la tuberculose qui ne font pas leur preuve par des lésions spécifiques et dont le rhumatisme tuberculeux lui a révélé l'existence. Purement congestives et fluxionnaires au début, fugaces parfois, ces manifestations, en se répétant, prennent une tendance plastique et scléreuse particulièrement remarquables. Histologiquement, il s'agit d'un tissu de pure inflammation, de sclérose indéterminée, dans lequel il est impossible de mettre en évidence le plus souvent les éléments spéciaux caractéristiques de l'infection causale. Ce n'est qu'exceptionnellement que ce tissu fibreux tend à prendre une disposition nodulaire et qu'il paraît s'y faire une ébauche de spécificité. (L. Dor.)

L'origine tuberculeuse de ces lésions s'avère par de seuls arguments cliniques; elles se voient chez des gens de souche tuberculeuse, touchés antérieurement par une tuberculose généralement atténuée, suspects de foyers latents de tuberculose fibreuse et chez lesquels, en tous cas, les réactions diagnostiques de laboratoire sont constamment positives.

Expérimentalement, de telles lésions ont été fréquemment réalisées, par des injections de bacilles ou de toxines pour le pancréas (Carnot), pour les reins (Bernard et Salomon), etc.. De plus, le professeur Arloing a montré que l'on pouvait obtenir par divers artifices de laboratoire des bacilles de Koch de moins en moins virulents et qu'aux termes de la série, ces races bacillaires n'avaient plus le pouvoir infectant habituel, produisaient seulement des lésions inflammatoires congestives, puis scléreuses chez les animaux inoculés.

Bref, la démonstration expérimentale de la tuberculose inflammatoire est complète.

Le déterminisme exact de pareilles lésions est difficile à établir; trois hypothèses sont possibles : action directe des bacilles, poisons adhérents, toxines diffuses. Nous admettrions plus volontiers cette dernière hypothèse.

2° Localisations diverses.

a) Tuberculose inflammatoire ostéo-articulaire. — C'est d'abord le rhumatisme tuberculeux dont nous avons surtout étudié l'anatomie pathologique et certaines formes cliniques.



Fig. VII. — Synostose de l'articulation de la hanche dans un rhumatisme tuberculeux ankylosant.

Dans la forme aiguë, le processus inflammatoire et exsudatif a deux évolutions différentes subordonnées à deux localisations anatomiques : une à prédominance synoviale, hydrophique, guérissant par récupération intégrale des fonctions; l'autre à

prédominance périarticulaire et osseuse, sèche, plastique, ankylosante d'emblée. Cette dernière forme, mono ou polyarticulaire, doit être rendue responsable d'un très grand nombre d'ankyloses spontanées, de toutes celles qui ne font pas leur preuve par une autre infection (blennorrhagie, streptococcie), et cela, quelle que soit la localisation (articulations des membres ou de la colonne vertébrale).

Dans la *forme chronique*, les lésions relèvent tantôt d'un processus raréfiant, comme dans la polyarthrite déformante, tantôt d'une inflammation hyperostosante périphérique et localisée, ainsi dans l'arthrite sèche ou sénile, ou totale, comme dans l'arthrite ankylosante.

En pareil cas, en raisonnant sur les pièces, il semble y avoir, au début, un *stade ostéomalacique* permettant les déformations par pression réciproque ou sous toute autre influence. Si bien que, la tuberculose inflammatoire paraît prendre sur le squelette trois modes évolutifs susceptibles de se combiner diversement : raréfaction osseuse, hyperostose, ramollissement osseux.

Dans le domaine clinique, cette notion paraît singulièrement extensive. En effet, les ostéomalacies partielles permettant des déformations localisées et guérissant finalement par ostéite condensante sont légion et leur nature est restée jusqu'ici mystérieuse. Ainsi en est-il du vaste groupe des maladies chirurgicales de l'adolescence expliquées pour les uns, par le rachitisme tardif ; pour les autres, par une surcharge. On tend actuellement à admettre la nécessité d'un ramollissement osseux au début même des déformations (pied plat valgus douloureux, scoliose, génu valgum, coxa vara, etc.). Ce ramollissement, toute infection, croyons-nous, peut le produire et la tuberculose inflammatoire intervient fréquemment dans ce sens.

b) Tuberculose inflammatoire à forme néoplasique. — Nous avons pensé que la tuberculose inflammatoire, en tant qu'inflammation chronique, pouvait intervenir dans la production de certaines néoplasies bénignes dont l'origine infectieuse paraît bien certaine aujourd'hui. Pour les *adénomes*, cela nous paraît établi en vertu de ce fait que les proliférations adénomateuses banales au voisinage des foyers de tuberculose glandulaire, sous une influence toxinienne, sont identiques, comme structure, aux

adénomes vrais et que, d'autre part, ceux-ci se voient dans un quart ou un cinquième des cas (et plus encore, si on cherche systématiquement), chez des gens porteurs d'une tuberculose localisée distante.

Toutes les variétés d'adénome (kystique, végétant, fibro-adénome, maladie kystique), peuvent être ainsi réalisées. Nous l'avons établi pour le sein et le corps thyroïde. Cette notion doit donc, en vertu des lois de pathologie générale, être étendue à tous les organes glandulaires.

Pour les *lipomes*, nous avons fait une démonstration du même ordre en partant de la notion des obésités d'origine tuberculeuse, des lipomatoses péri-ganglionnaires, péri-rénales, dans les tuberculoses locales, de la nature tuberculeuse du lipome arborescent des synoviales.

c) *Tuberculose inflammatoire viscérale.* — La tuberculose inflammatoire peut se localiser au niveau du tube digestif et y engendrer, en vertu de sa tendance plastique et sclérosante toute spéciale, des inflammations circonscrites qui doivent prendre place à côté des lésions classiques (ulcéreuses, hypertrophiques). C'est de cette façon que peuvent s'expliquer, suivant toute vraisemblance, ces tumeurs inflammatoires de l'estomac ou de l'intestin, à l'origine desquelles on ne trouve ni ulcère, ni inflammation aiguë, et que l'on a prises souvent pour des cancers, les linites plastiques, localisées ou diffuses, dans lesquelles la mise en coupe réglée de toute la tumeur ne révèle aucun élément néoplasique, les rétrécissements fibreux du grêle, les sténoses inflammatoires du cæcum et du rectum, etc... La preuve formelle de leur origine tuberculeuse est fournie par les cas de plus en plus nombreux aujourd'hui où l'on a trouvé associées en des points différents du tube digestif des tumeurs nettement tuberculeuses et des lésions inflammatoires (Cavaillon), ou encore des adénopathies mésentériques caséeuses (Hartmann).

Comme autres localisations possibles de la tuberculose inflammatoire, nous avons signalé des mastites, des indurations plastiques des corps caverneux, etc..., dont la pathogénie était jusqu'alors absolument méconnue.

d) *Tuberculose inflammatoire et arthritisme.*— Des anciennes diathèses, seul l'arthritisme demeure admis par tous, bien qu'on en

ait sapé les bases les plus solides. Il reste considéré comme la diathèse fibreuse, antagoniste de la tuberculose. En réalité, c'est aussi une maladie d'infection. Nous avons montré, avec M. Poncet, comment pas mal de ces manifestations étaient rattachables à la tuberculose inflammatoire (la maladie de Dupuytren en particulier), et par suite, rejetant l'antagonisme classique, comment on pouvait considérer beaucoup d'arthritiques comme des tuberculeux à infection discrète, sclérosante d'emblée.

e) *Etudes rétrospectives de quelques morts célèbres.* — D'après quelques documents publiés dans ces dernières années, nous avons établi comment le rhumatisme tuberculeux donnait la clé de l'histoire pathologique de deux illustres culs-de-jatte, Scarron et Couthon, et comment Finsen, dont la maladie bizarre dérouta les cliniciens les plus avisés, était mort en réalité d'une sclérose polyviscérale d'origine tuberculeuse.

III. — CRANE — FACE — COU — THORAX

Epilepsie jacksonienne traumatique d'apparition tardive — Trépanation — Guérison. — *Soc. Nat. de Méd.*, 30 janv. 1905.

Kyste hydatique des muscles ptérygoïdiens (Avec M. Pinatelle). — *Arch. gen. de Med.*, 1904, p. 2263.

Actinomycose temporo-maxillaire. — *Soc. S. Méd.*, 27 déc. 1905.

Néoplasme de la langue — Extirpation. — *Soc. des Sc. Méd.*, 23 novembre 1904.

Place opératoire du canal thoracique. — *Soc. Nat. de Méd.*, 17 avril 1905.

Extirpation d'une volumineuse tumeur du cou, par M. Vallas — Section du canal thoracique à 1 c/m au-dessus de la clavicule — Ligature — Lymphorragie persistante pendant 29 jours — Guérison.

De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers de l'œsophage chez l'enfant (Avec M. le Prof. agr. Bérard). — *Semaine Med.*, 15 février 1905.

Les conclusions de cet article doivent être partiellement revisées aujourd'hui, la méthode œsophagoscopique étant devenue, sans contredit, la méthode de choix (Gross et Sencert).

Il n'en est pas moins acquis, comme nous l'avons formellement établi, que l'œsophagotomie externe cervicale est une opération simple, efficace et non dangereuse, car elle doit être résolument innocentée des responsabilités broncho-pulmonaires dont on l'a injustement chargée.

Anévrysme de la carotide primitive — Extirpation — Guérison. — *Soc. des Sc. Méd.*, 7 mars 1906.

De l'évidement de la loge parotidienne avec résection condylo-marginale postérieure du maxillaire (avec M. le Prof. agr. Bérard). — *Revue de Chir.*, 1906.

Ayant observé avec mon maître, M. Bérard, une tumeur mixte, dégénérée de la parotide, j'ai repris avec lui l'étude de l'évidement parotidien dirigé contre le cancer. Pour être complet, cet évidement nécessite une *résection osseuse*, qui seule permet l'ablation satisfaisante en tissus sains. Nous l'avons proposée condylo-marginale postérieure.

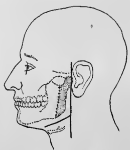


Fig. VIII. — Tracé en traits placés de l'incision, en pointillé de la résection condylo-marginale du maxillaire.

Pour être commode, elle doit être faite d'*arrière en avant*, contrairement à ce que l'on a écrit généralement; il faut aller droit au facial, dès le début, de façon à basculer d'arrière en avant la masse néoplasique autour de la branche montante. Basée sur ces deux points fondamentaux, l'intervention que nous avons réglée et que M. Bérard a appliquée avec succès trois fois sur le vivant, comprend les temps suivants :

1° Incision verticale rétro ou préauriculaire avec branchement sous-maxillaire (fig. VIII) ;

2° Décollement de l'oreille par section du conduit auditif cartilagineux ;



Fig. IX. — Tumeur mixte récidivée de la parotide.



Fig. X. — Même malade que dans la fig. 9 un mois après l'opération.

3° Ligature de la carotide externe et dissection de la chaîne ganglionnaire de bas en haut;

4° Libération de la parotide d'arrière en avant, avec section première du facial et bascule de la glande sur la joue;

5° Section condylo-marginale de la branche montante. Ablation en masse de tous les tissus néoplasiques avec le prolongement pharyngien mis à nu par la section osseuse.



Fig. XI. — Cancer de la parotide. Extirpation. Guérison.

Sur un cas d'hémothorax traumatique traité par la ponction au quatrième jour (Avec M. Patel). — *Gazette des Hôp.*, 13 octobre 1904.

Remarquable guérison obtenue avec la ponction précoce, par M. le Professeur Jaboulay, dans une plaie pénétrante grave de poitrine.

Tumeur myxomateuse du sillon sous-mammaire. Myxome avec galactocèle. — *Soc. des Sc. Méd.*, 11 mars 1903.

IV. — CHIRURGIE DE L'ESTOMAC

Je me suis occupé tout particulièrement de chirurgie gastrique, et notamment des différentes gastrectomies. Je grouperai ces différents mémoires en deux paragraphes :

A. — Études anatomo-cliniques.

1. — **Cancer de l'estomac simulant un ulcère compliqué de périgastrite adhésive.** — *Revue de chir.*, 1904 (avec M. Delore.)

Certains cancers, surtout ceux greffés sur des cancers, s'extériorisent et font de la périgastrite. A cause de cette réaction inflammatoire, il faut éviter de les confondre avec ces tumeurs inflammatoires connues depuis l'observation de M. Terrier. Nous avons observé un cas de ce genre.

Il s'agissait d'une femme du service de M. Poncet, atteinte de troubles stomacaux depuis dix ans et soignée médicalement, avec le diagnostic d'ulcère de l'estomac. Une périgastrite adhésive, fort douloureuse, avait nécessité une première laparotomie qui fut suivie de soulagement après la simple libération des adhérences gastro-hépatiques et gastro-pariétales. Trois mois après, les adhérences s'étaient reproduites et les douleurs étaient revenues. On obtint encore une période de sédation des douleurs en pratiquant, cette fois, une gastro-entérostomie postérieure. Une récidive survenait quatre mois après. Il fallait enlever la cause de la périgastrite, c'est-à-dire ce prétendu ulcère qui fut reconnu comme un vrai cancer à

l'examen histologique. Sur la pièce, on put trouver la cause de l'échec de la gastro-entérostomie : la perméabilité du pylore persistait et les aliments reprenaient toujours, en partie au moins, cette voie pylorique, irritaient sans cesse l'ulcération et entretenaient les douleurs.

Il semble bien que les douleurs de la périgastrite soient rarement guéries par la simple libération des adhérences. On devra préférer la gastro-entérostomie, s'il y a sténose pylorique. Sinon les douleurs ne disparaîtront qu'après l'ablation de la lésion, cause de tout le mal.

Cette observation montre encore combien il faut se défier de la nature cancéreuse de ces ulcères rebelles et compliqués. M. Sanerot (th. de Lyon, 1906) a particulièrement insisté sur ce point, mal connu avant la pratique des pylorectomies.

Du cancer de l'antre pylorique (En collaboration avec M. X. Delore. — *Revue de Chir.*, 10 septembre 1905 (4 fig.).

Dans ce travail, basé sur huit observations personnelles, nous avons tenté d'individualiser le type clinique du cancer de l'antre. Cette localisation est assez fréquente, plus qu'on ne le dit d'ordinaire, mais d'habitude, les malades ne sont vus qu'à une période où le néoplasme a envahi la région pylorique. C'est la pratique de la gastrectomie précoce qui nous en a révélé la fréquence. Cette tumeur, à cause de son siège juxta-pylorique, n'est que tardivement occlusive et ne fait vomir qu'au moment où, par sa marche envahissante, elle est venue oblitérer le pylore. Son évolution très caractéristique se fait donc en deux temps : un premier de dyspepsie banale avec ou sans tumeur, un second de sténose.

Bref, c'est là un type tout spécial. Il y a un intérêt majeur à l'isoler, car ce sont ces tumeurs surtout qu'il faut opérer. Appartenant à une région mobile et facilement mobilisable, elles se fixent peu, du moins tardivement, peuvent être extériorisées et dès lors réunissent les meilleures conditions anatomiques requises pour une résection large. Celle-ci, faite chez un individu résistant, qu'une longue période de vomissements n'est pas encore venue affaiblir, se présente dans les conditions cliniques les plus favorables à un succès opératoire.

Effectivement, sur les 8 malades dont nous rapportons l'histoire, 7 purent être pylorectomisés; un seul mourut opératoirement; des 6 restants, 2 sont encore en vie, l'un depuis près de quatre ans, l'autre depuis vingt et un mois.

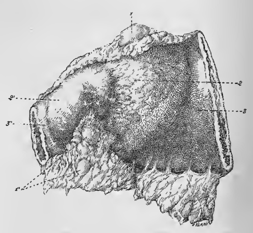


Fig. XII. — Cancer de l'antre. Pièce de gastrectomie : 1 Ganglions coronaires; 1' Ganglions gastro-épiploïques et sous-pyloriques; 2, 2' Surface de l'estomac plissée au niveau de la tumeur; 3 Tranche gastrique saine; 3' Bourrelet pylorique sain. Le malade est en bonne santé 2 ans et demi après l'opération.

3° **Léiomyome malin.** — *Bul. Méd.*, 20 septembre 1905 (avec M. Delore).

L'existence des tumeurs musculaires lisses malignes est encore fort discutée en France, où l'on admet guère que le myosarcome consécutif à la transformation sarcomateuse de la trame conjonctive d'un myome. (Lecène et Petit, *Rev. de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, décembre 1904.) J'ai eu l'occasion d'observer avec M. Delore, dans le service de M. Poncet, une

malade pylorectomisée pour un cancer prépylorique. L'examen histologique fait par MM. Dor et G. Mouriquand, montra l'aspect caractéristique du léiomyome malin. Partisans d'une spécificité cellulaire étroite, nous avons admis l'interprétation de M. Bard, et les conclusions de MM. Paviot et Bérard, Devic et Gallavardin, sur l'existence bien réelle du léiomyome malin, dont nous avons esquissé les types cliniques.

Les léiomyomes de l'estomac se divisent, suivant leur siège, en myomes in ernes ou myomes externes. Chaque catégorie possède, on le conçoit, des signes spéciaux; pour les premiers, les symptômes d'obstruction gastrique seront souvent prédominants. Toutefois, le myome malin évoluera quelquefois à la manière d'un banal cancer prépylorique: c'était le cas chez notre malade.

Le pronostic éloigné de ces tumeurs est difficile à fixer. Elles se compliquent, dans certains cas, de métastases, en particulier lorsque le néoplasme est très embryonnaire. Aussi, ne saurait-on trop insister sur la nécessité d'une exérèse aussi rapide que possible.

4° Des fistules gastro-cutanées consécutives à l'ulcère de l'estomac (Avec M. le Prof. agr. Patel). — *Revue de Chir.*, 1906.

Ce travail nous a été inspiré par M. le professeur Jaboulay, à propos d'une malade guérie d'une fistule gastro-cutanée par la résection.

a) Ces fistules sont relativement rares. On les rencontre à la suite de l'ouverture spontanée ou chirurgicale d'un foyer de périgastrite suppurée ou bien sans abcès préalable cliniquement appréciable. Dans ce dernier cas, il s'agit toujours d'un envahissement de proche en proche à la suite d'infection légère et de petits abcès miliaires arrivant à détruire progressivement la paroi. Leur lieu d'élection est la partie haute de l'estomac, celle qui est douée de peu de mobilité et qui, par conséquent, pourra adhérer plus facilement à la paroi.

b) Une fois établies, leurs caractères varient avec le siège. Si elles sont *hautes, juxta-cardiaques*, l'écoulement est intermittent; si elles sont *basses, juxta-pyloriques*, l'écoulement est constant. Dans le premier cas, l'état général se maintient bon assez longtemps ; dans le second, il s'altère facilement.

c) Le traitement doit consister dans la résection de l'ulcère, de préférence aux opérations palliatives (gastro-entérostomie), et à la suture directe des bords de la fistule.

B. — Etudes de thérapeutique chirurgicale et de médecine opératoire gastrique.

1. — **De la mobilisation duodénale en chirurgie gastrique.** — *Lyon Méd.*, 1906.

L'utilisation opératoire des fascia d'accolement doit devenir une règle chirurgicale. Il suffit d'arriver jusqu'à eux à travers le feuillet pariétal postérieur pour entrer aisément dans un *plan de clivage embryologique avasculaire*, et rendre en quelques instants aux viscères fixés leur motilité première. Pour le duodénum, la méthode indiquée par Jourdan le premier, en 1895, a été rajeunie par Kocher. Elle est susceptible d'application très utile en chirurgie gastrique. En effet, quand on a décollé tout l'arc duodénal, on a sous les yeux, hors du ventre en quelque sorte, toute la région pyloro-duodénale. En supprimant à cette zone sa gênante fixité, la méthode fait les manœuvres aussi aisées à ce niveau que sur l'autre pylorique. En rendant le duodénum plus accessible, elle peut faire extirpables des tumeurs qui, au premier abord, paraissaient devoir être respectées et d'autre part donne plus de sécurité à l'intervention. Enfin, elle fait gagner 2 à 3 cent. au moins vers la gauche, et dès lors facilite beaucoup l'abouchement termino-latéral de Kocher.

Son utilisation est donc à recommander. De récentes interventions (Gross, Sencert) ont confirmé absolument les conclusions auxquelles nous avaient conduit de simples recherches cadavériques.

2. — **Traitement d'urgence des brûlures de l'estomac par la pylorostomie.** — *Lyon Méd.*, 1906.

Dans le cas de brûlures de l'estomac par caustique peut se poser d'urgence l'indication d'alimenter le malade tout en excluant l'estomac. En pareil cas, au lieu de recourir à la jéjunostomie ou à la duodénostomie, j'ai songé à fistuler le pylore à la peau. Une sonde introduite dans le duodénum à travers le pylore permet l'alimentation immédiate, sans danger pour l'estomac et sans crainte de reflux. Ce procédé expéditif est assez simple pour être exécuté sous anesthésie cocaïnique. J'ai communiqué une observation où la pylorostomie fut faite par M. Delore sur un malade qui avait tenté de s'empoisonner avec de l'acide chlorhydrique.

3. — **Traitement chirurgical de l'ulcère calleux pénétrant de l'estomac.** — *Revue de Gynéc. et de Chir. abdom.*, 1906.

Deux choses caractérisent l'ulcère calleux: l'infiltration et l'hypertrophie des couches sous-muqueuses créant la callosité et sa tendance à souder l'estomac aux organes voisins, à pénétrer dans leurs parois; j'en ai vu deux cas dans le service de M. Vallas. Toutes les fois qu'on en soupçonne l'existence, la laparotomie exploratrice s'impose. Quand l'extirpation sera possible, elle sera pratiquée et complétée par une gastro-entéro-anastomose. Si l'état anatomique des lésions rend impossible la résection, la gastro-entérostomie seule sera faite comme pis aller; en aucun cas, elle ne sera le procédé de choix.

Après ces résections souvent très atypiques, l'estomac est complètement déformé. Dans ces cas, Jedlika a proposé et exécuté de curieuses *autoplasties* gastriques dont j'ai étudié, avec M. Vallas, la réalisation cadavérique.

4. — **Des résections de l'estomac dans le cancer. Technique. Résultats immédiats. Résultats éloignés.** — *Th. de Lyon*, 1906.

J'ai commencé en 1902, dans le service de mon maître, M. Poncet, à m'occuper de la gastrectomie pour cancer. Pendant

mon internat, j'ai pu en réunir personnellement un nombre assez considérable de cas et j'ai consacré une série d'études à cette question :

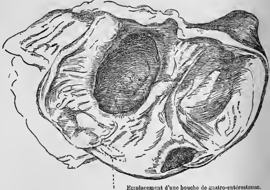


Fig. XIII. — Ulcère calleux de la face postérieure de l'estomac pénétrant dans le pancréas et de la petite courbure pénétrant dans le foie.

Des résections pyloro-gastriques dans le cancer d'après de récentes statistiques allemandes. — *Lyon Méd.*, 1904.

Des fistules gastriques et duodénales après la pylorectomie. — *Lyon Méd.*, 1905.

Technique de la pyloro-gastrectomie. — *Revue de Chir.*, 1906.

De la gastrectomie annulaire médio-gastrique. — *Ann. Intern. de Chir. gastro-intestinale*, 1907.

Des résultats éloignés de la résection dans le cancer. — *Revue de Méd.*, février 1907.

En suite de ces recherches, j'ai essayé d'écrire dans ma thèse une monographie complète de la gastrectomie, en me basant sur

le dépouillement de 1366 observations contemporaines, dont 142 personnelles. J'ai recueilli ces dernières en partie à la clinique de M. Poncet, avec M. Delore, ou dans le service de mes maîtres lyonnais, MM. Jaboulay, Vallas, Bérard, Albertin, etc., j'en dois d'autres à l'obligeance de M. le Professeur Gross, de MM. Gouilloud, Hartmann, etc.

En recherchant les résultats éloignés, j'ai été frappé de voir combien étaient demeurées fréquentes les récidives, et à cause de cela j'ai tenté de déterminer, avec autant de précision que possible, les conditions optima de l'intervention qui permettront dans l'avenir d'améliorer encore les résultats.

Mode d'extension locale et ganglionnaire du cancer de l'estomac — C'est sur ces données que doit être arrêtée la technique de la gastrectomie. Or, elles démontrent qu'en faisant très large systématiquement, on peut se mettre le plus souvent à l'abri de la récidive.

Le cancer se propage en effet surtout par la sous-muqueuse (Cunéo), suivant le type unicentrique de Ribbert; toujours la zone d'infiltration histologique dans cette couche est plus avancée qu'ailleurs. Il faut donc la dépasser, mais on ne peut pas la déterminer par l'examen direct. En règle générale, elle cesse 3 ou 4 centimètres de l'endroit où le tissu paraît macroscopiquement sain. C'est là qu'il faudra faire porter la section.

D'autre part, chaque variété de cancer a des particularités dans son extension locale. Le cancer pylorique est caractérisé par sa tendance à se porter sur la petite courbure. Même dans les petites tumeurs, l'infiltration va jusqu'au cardia presque toujours. Par contre, dit-on, il s'arrête net au duodénum. En réalité, le duodénum doit toujours être tenu pour suspect, parce que 37 fois pour 100 il est histologiquement envahi, alors que rien ne permet de le soupçonner.

Le cancer se propageant surtout par voie lymphatique, de manière constante et précoce, les ganglions parastomacaux sont infectés. Pour chaque cancer, l'infection frappe des groupes ganglionnaires déterminés, mais irrégulièrement, les ganglions d'une même chaîne qui, côte à côte, sont les uns franchement néoplasiques, les autres simplement inflammatoires. L'examen

macroscopique ne peut permettre de déterminer leur état. Ils ne sont point une contre-indication opératoire, mais la chaîne entière doit être extirpée.

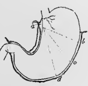


Fig. XIV. — Pyloro-gastrectomie : *ab*, section de Mayo ; *ad*, section de Mikulicz ; *ac*, section de Hartmann.

Récidives et résultats éloignés. — Dans les statistiques actuelles les deux tiers des réséqués, opératoirement guéris, meurent ultérieurement de leur cancer ; 62 °/₀ d'entre eux meurent d'une récidive locale. Celle-ci tient à ce que les sections ont été faites en tissus malades ; le plus souvent ce fut sur la petite courbure, rarement sur la grande, souvent sur le duodénum. La mort par métastase ne se voit que dans 25 °/₀ des cas. La formule histologique ne joue pas grand rôle au point de vue de la récidive. Au contraire, le procédé opératoire a une influence considérable et c'est le Billroth II qui permet le mieux de s'en mettre à l'abri.

Peu de cancers ont donné d'aussi beaux résultats éloignés. J'ai réuni 89 cas de guérison datant de plus de trois ans, dont 40 depuis plus de cinq ans. Ces succès éloignés ont été obtenus avec toutes les formes histologiques du cancer, avec toutes les localisations (même au cardia), et avec tous les procédés.

Mortalité opératoire et complications. — La mortalité est encore assez élevée, bien que toujours en décroissance : 25 °/₀ en statistique globale (sur 1,239 cas) ; on peut dire avec plus de vraisemblance que la mortalité des cas opérables, aujourd'hui, est de 10 °/₀ environ ; celle des cas favorables, de 5 °/₀.

La grande cause de mort est encore maintenant la péritonite, qui est quelquefois d'origine opératoire mais plus souvent relève d'une insuffisance des sutures. On meurt encore beaucoup par

des complications pulmonaires qui, neuf fois sur dix, ont leur point de départ dans la plaie.

Parmi les autres causes de mort, il y a le choc, la fistule duodénale, l'hémorragie, etc. La plupart de ces accidents peuvent être évités par une opération très méthodique et parfaitement aseptique.

Indications. — Toute tumeur de l'estomac doit être enlevée lorsque anatomiquement elle est extirpable et que l'état de cachexie avancée du malade n'y met pas obstacle. Elle doit être enlevée, non pas seulement à cause des accidents qu'elle produit, mais parce que cancer. A ce point de vue, il y a un tel intérêt à faire des opérations précoces, qu'en règle absolue, tout individu suspect de cancer, qu'un traitement médical loyalement fait n'aura pas amélioré doit être soumis à une laparotomie exploratrice. Les malades qui ne vomissent pas seront opérés comme les autres et plus que les autres ; ils sont souvent les plus opérables à cause de la localisation de leur tumeur (cancer de l'antre).

Enfin, aux inanitiés trop bas, semble-t-il, pour supporter une intervention, sera réservée l'opération en deux temps.

Technique générale. — A la laparotomie exploratrice banale, suivie de l'exploration de l'arrière-cavité, à la Von Hacker, j'ai proposé d'adjoindre, dans les cas douteux, la mobilisation duodé-

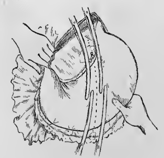


Fig. XV. — Pose des clamps et section de l'estomac, après hémostase.

nale qui, en extériorisant les lésions, peut les rendre plus accessibles. La résection décidée, quel qu'en soit le type, sera faite en vase clos après hémostase préventive, méthodique.

Résection pyloro-gastrique. — Quelle que soit la limitation apparente des lésions, elle doit emporter toute la petite courbure avec les ganglions qui la longent, jusqu'au cardia et 3 centimètres au moins du duodénum.

L'opération, très méthodique, comprendra les six temps suivants : 1° Ligature de la coronaire et de la gastro-épiploïque. 2° Suture de l'estomac et rabattement de la tumeur sur la droite. 3° Fermeture immédiate du moignon cardiaque. 4° Ligature du tronc gastro-duodénal et de la pylorique. 5° Section du duodénum et ablation de la tumeur. 5° Rétablissement de la continuité gastro-intestinale. Pour ce faire, le Billroth, II° manière, techniquement plus facile, anatomo-pathologiquement plus logique, est le procédé de choix. Le Kocher reste une méthode d'exception pour quelques cas très favorables, et le Billroth I doit être abandonné.

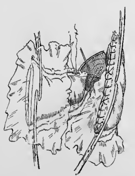


Fig. XVI. — L'estomac enfoui sous des compresses est rabattu à droite. Le moignon cardiaque suturé, une compresse protège l'arrière-cavité ; le tronc gastro-duodénal est dénudé et la pylorique liée.

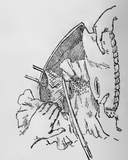


Fig. XVII. — L'anastomose gastro-duodénale est décidée et son emplacement choisi. On refoule en bas le côlon, et on incise le péritoine duodénal pour basculer le duodénum. L'arrière-cavité est garnie de compresses sus-jacentes au pancréas.

J'ai étudié également l'opération en deux temps, qui vise le cancer opérable chez des malades qui ne le sont plus.

Autres types de résections. — J'ai décrit en détail et donné les résultats des différents types de gastrectomie, notamment de la gastrectomie cylindrique médio gastrique. Pour la résection cardio-gastrique, le procédé de Sencert me paraît le meilleur. Cette opération n'est qu'une pure vue de l'esprit pour la plupart des chirurgiens. Cependant, j'ai pu trouver, dans la littérature, quatre cardiectomies, dont l'une a donné un succès maintenu depuis sept ans (Peugniez). Enfin, on peut être amené à faire des résections compliquées de colectomie en face d'une gangrène colique menaçante ou à cause d'adhérences gastro-coliques. J'en



Fig. XVIII. — L'anastomose gastro-duodénale est terminée grâce à la mobilisation du duodénum. Le pointillé marque la surface de décollement, le quadrillage indique la face postérieure du pancréas.

ai réuni trente-deux cas, avec dix morts. La mortalité n'en est donc pas très élevée. Il en est de même pour les résections partielles du pancréas et du foie. Il est utile de savoir que de telles interventions sont légitimes, sans, d'ailleurs, que cette notion implique le moins du monde un retour aux errements de la période héroïque de la gastrectomie.

Ablation totale de l'estomac. — Il me semble qu'on doit comprendre sous ce nom tous les cas où la résection nécessite la

section de l'attache gastro-splénique. J'en ai réuni 97 cas, avec une mortalité de 39 pour 100. Les résultats éloignés sont très satisfaisants. C'est donc une excellente intervention, qui devrait s'appliquer à tous les cancers étendus, même s'ils ne sont pas totaux. Au point de vue technique, je crois qu'il faut commencer l'opération par le côté le plus accessible, c'est-à-dire le duodénum et la terminer par une cardio-jéjuno-anastomose au bouton."

Intervention dans le sarcome. — Il doit être traité par une résection large, de préférence aux opérations atypiques, qui ont donné des récidives plus nombreuses.

IV. — INTESTIN — PÉRITOINE — FOIE — PANCRÉAS

1° Hernie.

Mécanisme et pathogénie des hernies du cæcum. — *Semaine Méd.*, 20 mars 1907 (Avec le Dr Cavaillon).

Classiquement, on admet deux mécanismes : le glissement et la bascule, et trois grands types anatomiques : la hernie avec sac complet, avec sac incomplet et sans sac. Ces descriptions, vraies au point de vue opératoire, sont inexactes au point de vue patho-

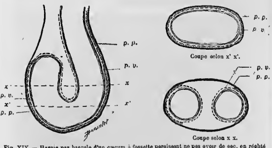


Fig. XIX. — Hernie par bascule d'un cæcum à fossette paraissant ne pas avoir de sac, en réalité le cæcum et le côlon se présentent par leurs parties accolées.

génique. Le cæcum intra-péritonéal ne peut se comporter en pathologie comme un organe extra-péritonéal. Pour sortir de l'abdomen, il doit donc refouler devant lui un feuillet péritonéal qui lui formera son sac; toujours intra-péritonéal, il doit toujours être intra-sacculaire. Il ne peut y avoir de dépéritonisation, pas plus que de sac incomplet. L'apparence de cette disposition tient à ce que les processus d'accolement du cæcum modifient ses relations péritonéales au point d'expliquer l'impression des chirurgiens qui décrivent des hernies avec sac ou sans sac; il y a des sacs partiellement accolés, il n'y a pas de sacs incomplets. D'autre part, c'est le type anatomique du cæcum qui détermine la disposition apparente du sac et ces hernies rentrent dans le cadre général des hernies. En effet, *le cæcum flottant* crée la hernie dite à sac complet, entérocèle banale, hernie congénitale; le *cæcum accolé*, descendu par glissement du feuillet pariétal dont il est solidaire, donne l'illusion d'un sac incomplet, alors qu'il est seulement cloisonné; *le cæcum à méso* conduit à la hernie de Scarpa avec adhérence charnue naturelle; *le cæcum à fossette* descend par bascule intra-péritonéale, donne l'impression d'une hernie sans sac; en réalité, le sac n'est pas incomplet, mais en symphyse presque totale.

En chirurgie opératoire, la notion classique doit être maintenue, car on expose à arriver d'emblée sur l'intestin au niveau des zones d'accolement et la nécessité reste entière de conserver intacte l'adhérence charnue naturelle.

Des sténoses intestinales tardives consécutives à l'étranglement herniaire. — *Rev. de Gynéc. et de Chir. abd.*, 10 avril 1905 (Avec M. Cotte).

Étude générale des rétrécissements plus ou moins tardifs résultant de la réparation des lésions causées par l'étranglement, à l'exclusion des accidents d'occlusion immédiats qui subsistent parfois après la kélotomie.

Par l'étude des 80 observations dont nous n'avons retenu que 39, nous arrivons à des conclusions identiques à celles indiquées à la Société de chirurgie (mars 1905) dans la discussion qui suivit un rapport de Lejars, par MM. Terrier, Berger, etc. Il y a des *sténoses extrinsèques* relevant de coudures, d'adhérences, etc., et des *sténoses intrinsèques*. Ces dernières sont annulaires

ou tubulaires; mais quel que soit leur type, elles relèvent d'une inflammation subaiguë de la paroi intestinale qui aboutit à la sclérose. Dans les rétrécissements annulaires l'inflammation reste circonscrite à la zone d'ulcération muqueuse par où se fait l'infection. Quand des lésions vasculaires s'y surajoutent, et elles relèvent souvent de lésions mésentériques (Terrier, Schlofer), il se produit une nécrose étendue de la muqueuse qui desquame : une large brèche est ouverte à l'infection et les meilleures conditions sont réalisées pour la formation d'un rétrécissement tubulaire.

Au point de vue clinique, nous avons insisté sur la valeur d'une *diarrhée* abondante, précoce et durable qui trouve son explication dans la présence d'une ulcération muqueuse et de l'*entérorragie herniaire*, comme signes précurseurs d'une sténose ultérieure. La thérapeutique prophylactique consiste dans l'abstention formelle du taxis et dans la résection large, quand il y a indication à réséquer au cours d'une kélotomie. La présence d'une sténose intrinsèque constituée, l'entérectomie est la méthode de choix. Il faut faire la porter au delà de la partie dilatée, encore malade. Elle est d'ailleurs très bénigne et sa mortalité est très faible, eu égard au sombre pronostic des laparotomies pour occlusion.

Tuberculose herniaire. — *Soc. Nat. de Méd.*, 24 octobre 1904 (Avec M. le Prof. agr. Patel) et observ. *In* Cotte. *Revue de Pozzi*, décembre 1906.

Invagination iléo-cœcale — Ses conditions anatomiques (avec M. le Dr Cavaillon). — *Semaine Méd.*, 20 février 1907.

Deux faits dominent toute la question de l'invagination iléo-cæcale : l'insignifiance des causes qui la produisent; son apparition élective chez le nourrisson. Partant de cette constatation clinique, il était naturel de penser que le télescopage iléo-cæcal était fonction de dispositions anatomiques variables avec les âges. Effectivement, le cæcum, complètement libre dans les premiers temps de la vie fœtale, se fixe progressivement. Ce n'est qu'après la naissance qu'il achève son accolement et perd sa mobilité. Ce fait capital ressort avec évidence des recherches anatomiques d'Ancel et Cavaillon sur le péritoine cæcal : 48 pour 100

des fœtus ont le cæcum complétement flottant, et 83 pour 100 des adultes l'ont, au contraire, solidement amarré dans la fosse iliaque. Rien d'étonnant dès lors à ce que l'invagination, qui réclame, comme condition nécessaire, un cæcum mobile, se produise avec prédilection dans la première enfance. Au contraire, rares sont les adultes qui ont gardé une mobilité cæcale suffisante pour permettre un déplacement.

Bref, des notions d'anatomie normale expliquent toutes les particularités étiologiques de l'invagination essentielle et la persistance d'une disposition fœtale conditionne les rares invaginations de l'adulte.

Nous avons étendu cette conception anatomique à certains *prolapsus recto-coliques* qui sont fonction d'un méso-côlon iliaque insuffisamment accolé et, par conséquent, trop long.

2° Perforation intestinale. — Tuberculose. — Cancer.

Perforation intestinale au cours d'une fièvrs typhoïde. — (Avec M. Jouffray. — *Soc. des Sc. Med.*, 1906.

Opération deux heures et demie après le début, qui fut foudroyant. Enfouissement. Mort au quatrième jour.

Péritonits par perforation au cours ds l'sntérite tuberculeuse. — *In* Ladure, Th. de Lyon, 1904.

Sténose tuberculeuse du grêle et tubsrculose isolée de la valvule iléo-cœcale. — *Soc. Mat. de Med.*, 19 février 1906.

Rétrécieeements tuberculeux multiples de l'intestin grêle. — *Soc. de Chirurgie,* 7 juillet 1904.

Des sténosss tuberculeuses de l'intestin grêle chez l'enfant. — *Rev. de Chir.* (Avec M. le Prof. agr. Bérard.)

On peut observer chez l'enfant tous les types décrits (Patel) chez l'adulte, et les tuberculoses chirurgicales de l'intestin sont peut-être, dans l'enfance, moins rares que méconnues, à cause de la

mise au premier plan des phénomènes de péritonite tuberculeuse ou de carreau.

On peut en décrire quatre formes :

La tuberculose cicatricielle sténosante, rare ;

La tuberculose sténorante hypertrophique, bénigne.

La tuberculose entéro-péritonéale, plus commune mais moins chirurgicale.

Les rétrécissements tuberculeux multiples (un cas personnel) siégeant sur la fin de l'iléon et accompagnés de grosses adénopathies mésentériques. A signaler, au cours de leur évolution l'occlusion aiguë par spasme.

Dans ces différentes formes, *l'entéroplastie* est à rejeter; *l'entérectomie* est la méthode de choix quand les lésions sont peu étendues et l'état général bon. Dans les autres cas, on emploiera *l'exclusion* ou *l'entéro-anastomose* suivant le siège de la sténose. En présence de foyers très étendus, la *laparotomie simple* pourra donner une guérison complète ou faire rétrocéder les lésions inflammatoires et permettre une ablation à froid.

Sur un cas de lyphosarcome de l'intestin grêle. — *Arch. prov. de Chir.*, 1906 (Avec le Dr Albertin).

Observation tout à fait caractéristique. A noter, la dilatation anévrysmale de l'intestin au niveau de la tumeur, sur laquelle a insisté M. Lecène dans sa thèse.

3° Foie. — Pancréas.

Calcul du canal cystique. — *Soc Nat. de Méd.*, 27 juin 1904. — A noter la simplification des suites opératoires par la cure alimentaire préconisée par M. le Prof. Jaboulay.

Les résultats de mes 500 dernières laparotomies pour calculs biliaires. — *Arch. gén. de Méd.*, 1904.

Traduction d'un article de Kehr, préconisant l'hépaticus-drainage et la cholécystectomie.

Kyste hydatique du foie — Guérison par transformation crétacée. — *Soc. des Sc. Méd.*, 1903.

Kyste de l'arrière-cavité des épiploons, simulant un kyste du pancréas. — *Arch. gén. de Méd.*, 1905.

Il s'agissait d'un kyste d'origine lymphatique, qui fut marsupialisé par M. Vallas.

De la mobilisation duodénale. — *Lyon Méd.*, 1906.

J'ai étudié la mobilisation duodénale comme moyen d'accès sur le cholédoque et le pancréas. Simple et innocente, elle est le vrai procédé d'exploration des voies biliaires profondes et place sous les yeux tout l'arbre biliaire terminal.

Aujourd'hui, où l'on admet que la chirurgie biliaire doit être de moins en moins vésiculaire pour devenir de plus en plus canaliculaire (Terrier), la mobilisation duodénale doit devenir un procédé courant d'exploration. Enfin, toutes les obstructions cholédociennes, rétro-pancréatiques, en sont justiciables.

Quant à la chirurgie pancréatique, on a dit que le décollement duodénal en était la clef (Villar-Desjardins).

V. — ORGANES GÉNITO-URINAIRES ET GYNÉCOLOGIE

1° Reins.

Néphrectomie primitive pour tuberculose — *Soc. Nat. de Med.*, 9 mars 1903.

Autopsie de tuberculose rénale néphrectomisée deux ans avant par le professeur Albarran. — *Soc. des Sc. Med.*, 1er avril 1903.

Pyonéphrose calculeuse avec phlegmon périnéphrétique. *Soc. Nat. de Med.*, 11 mai 1903.

2° Testicule.

De l'ectopie sous-cutanée abdominale du testicule. — *Arch. prov. de Chir.*, février 1901.

L'ectopie sous-cutanée abdominale, fort rare, a été très discutée (Reclus). J'en ai vu avec M. Delore un exemple incontestable : testicule hors de l'anneau, avec cordon traversant l'orifice externe du canal inguinal, situation sous la peau, en avant de tout feuillet aponévrotique, une vaginale normale l'entourait.

La migration défectueuse s'expliquait par l'existence d'un anneau fibro-élastique très serré, qui oblitérait l'extrémité supérieure de la bourse. Dès lors, la voie ordinaire étant fermée,

la glande génitale avait dû remonter sous la surface cutanée de l'abdomen. Il n'existait pas d'insertion vicieuse du *gubernaculum*, le malade n'avait pas porté de bandage.

A côté de ce type, après avoir fait la critique des observations antérieures, nous admettons une seconde variété d'ectopie sous-cutanée abdominale, démontrée par un fait de Grüber. Ici, le testicule ne sort pas par l'orifice externe du canal, mais par une éraflure de la paroi antérieure. La situation du cordon établit la distinction entre les deux variétés. Ces conclusions ont été adoptées intégralement depuis par de Quervain, Sorel, Nell.

Volumineuse hématocèle vaginale infectée. Castration (Avec M. Alamartine). — *Soc. des Sc. Méd.*, février 1907.

3° Gynécologie.

De l'ascite dans les fibromes utérins (En coll. avec M. Delore). — *Gaz. des Hôp.*, mai 1903.

Ce travail, basé sur deux observations, est une revue de cette question. Au point de vue étiologique, on admet généralement que les fibromes pédiculés prédisposent à cette complication par traumatisme péritonéal fréquemment répété. Dans l'une des observations où le liquide était en quantité considérable (plus de 15 litres), le pédicule, long de 4 à 5 centimètres et d'un diamètre de 2 à 3 centimètres, supportait un fibrome du poids de 9 kilogr.; l'utérus conservait des dimensions à peu près normales. De grosses plaques blanchâtres sur la séreuse pariétale et viscérale et quelques adhérences témoignaient de l'irritation péritonéale chronique. Le foie était sain macroscopiquement, non cirrhotique. L'opérée est restée guérie depuis quatre ans et l'ascite ne s'est pas reproduite. Cet exemple montre bien le rôle nécessaire du fibrome dans la pathogénie de cette ascite et confirme les conclusions de la plupart des auteurs.

En effet, si l'on peut admettre, dans quelques cas, la lésion d'autres organes abdominaux, la cirrhose du foie, par exemple ; si les lésions rénales et les troubles cardiaques peuvent expliquer

certaines ascites accompagnées d'œdème des membres inférieurs, il faut, en général, invoquer un trouble local, qu'il s'agisse d'une gêne circulatoire du système porte ou lymphatique, ou plutôt d'une péritonite chronique irritative. Nous rapportons, dans ce mémoire, les différents arguments qui plaident en faveur de l'origine irritative de cette ascite (Pozzi, Terrier).

Quant au traitement, il ne saurait être modifié par la complication ascitique, sauf à la période de cachexie ultime. L'ablation du fibrome guérit à la fois la lésion et sa conséquence immédiate. L'ascite n'est donc pas une contre-indication opératoire, mais une indication de l'intervention, qui doit être pratiquée le plus tôt possible. L'exérèse doit être aussi simple que possible, en raison de l'état général assez mauvais. Une simple myomectomie abdominale sera suffisante, si le fibrome est pédiculé et unique; or, l'anatomie pathologique démontre que d'ordinaire il en est ainsi.

Kyste dermoïde de l'ovaire. — *Soc. des Sc. Méd.*, 21 janv. 1903.

Ce kyste se mit à évoluer à 61 ans, après cinq grossesses, et prit un développement anormal. L'ovariectomie, faite par M. Poncet, montra des cheveux, des masses butyreuses et 15 litres de liquide au moins, ce qui est exceptionnel.

Kyste multiloculaire de l'ovaire. — *Soc. des Sc. Méd.*, 18 mai 1904.

Kyste tordu du ligament large. — *Soc. Nat. de Méd.*, 12 février 1906.

Pyosalpinx tuberculeux bilatéral. — *Soc. des Sc. Med.*, 17 mai 1905.

De la castration abdomino-vaginale totale dans le cancer du vagin (En coll. avec M. le Prof. Bérard). — *Soc. de Chir. de Lyon*, 5 juillet 1906.

Au lieu de faire une colpo-hystérectomie abdominale totale, après décollement du vagin par la vulve, comme l'ont proposé Imbert et Pieri, puis Duval, nous avons réglé, avec M. Bérard, la technique suivante, qui nous a donné un résultat immédiat et éloigné excellent :

1° Laparotomie médiane sur plan incliné.

2° Ligature des hypogastriques ; dissection des ligaments larges, du paramètre, puis du vagin aussi bas que possible.

3° Castration par hystérectomie subtotale. Péritonisation et fermeture du ventre sans drainage.

4° Extirpation du vagin, de bas en haut, à partir de la vulve.

Nous croyons que ce procédé doit être retenu pour les cancers totaux, à côté de celui proposé par M. A. Pollosson dans les cancers supérieurs, et qui n'est autre que l'extension de la méthode adoptée et préconisée par lui, pour le cancer utérin.

Divers.

Note sur la Chirurgie allemande actuelle — Asepsie et antisepsie. -- *Revue Scient.*, 1907.

Travail rédigé d'après un rapport présenté au Conseil de la Faculté de Médecine de Lyon sur un voyage d'études en Allemagne.

Le Collège royal des Chirurgiens d'Édimbourg. — *Lyon Méd.*, 3 septembre 1905.

TABLE DES MATIÈRES

3303 — Imprimeries Réunies, rue Rachais, 8, Lyon.